

Kontaktdermatitis durch Kräuter-Externa: Patch-Tests am besten mit Patientenprodukten

Perubalsam und Kompositenextrakte sind die häufigsten Auslöser von Kontaktdermatiden gegen pflanzliche Topika. In einer retrospektiven Analyse suchten belgische Dermatologen nach typischen Merkmalen allergischer Hautreaktionen gegen Kräutersalben.

Zur Behandlung von Erkältungskrankheiten, Muskelschmerzen oder Rheuma beliebte Topika mit Pflanzenextrakten können Hautirritationen und allergische Hautreaktionen hervorrufen. In einer retrospektiven Analyse

suchten belgische Dermatologen aus Patientenakten typische Krankheitsverläufe heraus und formulierten Empfehlungen.

Ausgewertet wurden Daten von 15.980 Patienten, bei denen zwischen 1990 und 2016 am Universitätsklinikum Leuven Patch-Testungen mithilfe der Europäischen Basisserie für Kontaktallergene und/oder anderen Allergenserien sowie den tatsächlich vom Patienten eingesetzten Produkten gemacht worden waren.

56% der Patienten zeigten mindestens eine positive Testreaktion, Reaktionen auf topische Kräuterzubereitungen traten bei 0,8% aller Patienten und 1,4% der kontaktallergischen Patienten auf. Angewendet wurden die allergisierenden lokalen Phytotherapeutika vor allem zur Behandlung von Ekzemen, Beinulzera und anderen Wunden; Hände, Beine und Füße waren dabei die am häufigsten betroffenen Körperbereiche. Seltener entwickelten sich Kontaktdermatiden unter der

Behandlung von Läsionen im Anal-/Perianalbereich oder trockener Lippen.

Insgesamt 21 kontaktallergisierende Kräuterstammpflanzen wurden identifiziert. Am häufigsten traten die Reaktionen unter Perubalsam, Kompositenextrakten wie Arnika (*Arnica montana*), römischer Kamille (*Chamaemelum nobile*) und Ringelblume (*Calendula officinalis*) sowie Benzoin-Tinkturen (*Styrax* in Alkohol gelöst) und Propolis auf. Die meisten Patienten zeigten multiple Reaktionen. Bei einigen Patienten ließ sich die Kontaktallergie allerdings nur anhand einer Patchtestung mit den von ihnen eingesetzten Produkten nachweisen. Dies dürfte vor allem auf die große Variabilität bei den Inhaltsstoffen zurückzuführen sein, teilweise aber auch auf die nicht immer einheitliche Nomenklatur sowie Inhaltsstoffdeklaration der Produkte.

Fazit: Kontaktallergische Reaktionen auf pflanzliche Externa kommen vor allem bei Applikation auf vorgeschädigte Haut vor und sollten optimalerweise mit den vom Patienten verwendeten Produkten per Patch-Test nachgewiesen werden.

Dr. Barbara Kreutzkamp

Gilissen L et al. Allergic contact dermatitis caused by topical herbal remedies: importance of patch testing with the patients' own products. *Contact Dermatitis* 2018; 78: 177–84



Die Inhaltsstoffe der Arnikablüten können Kontaktdermatitis auslösen.

© statu-mascendi / Getty Images / iStock

Kein Nachteil durch Wechsel zwischen Biosimilar und Originator

Die Sorge, bei Therapieumstellungen vom Originalbiologikum auf ein Nachahmerpräparat – und umgekehrt – könnten Wirksamkeit und Sicherheit leiden, ist für das Etanercept-Biosimilar GP2015 offenbar unbegründet.

Die Zulassung von Biosimilars erfordert unter anderem mindestens eine Phase-III-Studie, die zeigt, dass das Produkt in Wirksamkeit und Sicherheit mit dem Referenzprodukt übereinstimmt. Ein expliziter Nachweis der Austauschbarkeit wird dagegen von der EMA nicht verlangt. Für das Etanercept-Biosimilar GP2015 (Erelzi®) sind mit der randomisierten, kontrollierten EGALITY-Studie bei Psoriasispatienten beide Nachweise

erbracht worden: Nach den 2017 veröffentlichten Hauptergebnissen der Studie besteht Biosimilarität zum Originator (ETN, Enbrel®). Jetzt vorgelegte Daten dokumentieren, dass die beiden Biologika folgenlos ausgetauscht werden können.

Um die Auswirkungen von Therapiewechseln zu untersuchen, wurden 497 Studienteilnehmer mit Plaque-Psoriasis, die in der zwölfwöchigen Phase I min-

destens einen PASI 50 erreicht hatten, für die anschließende, 18-wöchige Phase II erneut randomisiert: Die bisherigen ETN- und GP2015-Anwender wurden jeweils im Verhältnis 3:2 einer Fortsetzung der bisherigen Therapie oder einem Wechsel auf das jeweils andere Präparat zugeteilt. In den beiden Wechselgruppen wurde die Therapie außerdem nach sechs und zwölf Wochen erneut umgestellt. Es gab also zwei Gruppen mit kontinuierlicher Therapie und zwei Gruppen mit Therapieumstellungen, sie wurden jeweils zusammen ausgewertet.

Bei der Wirksamkeit von wechselnder und dauerhafter Therapie gab es keine Unterschiede: PASI-50-, PASI-75- und PASI-90-Ansprechraten stimmten weitgehend überein, ebenso die mittlere